



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# Prop. 102 L

(2020–2021)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

---

Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven  
(nytt krav til samarbeidsavtalen mellom  
kommuner og helseforetak)



# Innhold

<b>1</b>	<b>Hovedinnholdet i proposisjonen</b> .....	5	6.3.1	Innledning .....	25
			6.3.2	Behov for bedre felles planlegging .....	25
<b>2</b>	<b>Bakgrunn</b> .....	6	6.3.3	Eksempler på tema som kan inngå i en konkret beskrivelse av hvordan kommuner og helseforetak sammen skal planlegge og utvikle tjenester .....	26
<b>3</b>	<b>Høringen</b> .....	9		Behovet for lovkrav .....	27
<b>4</b>	<b>Gjeldende rett</b> .....	15	6.3.4	Sammenhengen med andre virkemidler for å realisere målet ...	27
4.1	Innledning .....	15	6.3.5	Lovtekniske innspill .....	28
4.2	Helse- og omsorgstjenesteloven ...	15	6.3.6	Helsefellesskap .....	29
4.3	Spesialisthelsetjenesteloven .....	16	6.3.7	Departementets forslag .....	29
4.4	Twisteløsningsnemnda for helse- og omsorgssektoren .....	16	6.3.8		
4.5	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten .....	16	<b>7</b>	<b>Økonomiske og administrative konsekvenser</b> .....	30
<b>5</b>	<b>Dagens praksis</b> .....	18	<b>8</b>	<b>Merknader til bestemmelsen</b> ...	31
<b>6</b>	<b>Behovet for lovendring</b> .....	20		<b>Forslag til lov om endringer i helse- og omsorgstjenesteloven (nytt krav til samarbeidsavtalen mellom kommuner og helseforetak)</b> .....	32
6.1	Forslaget i høringsnotatet .....	20			
6.2	Høringsinstansenes syn .....	20			
6.3	Departementets vurderinger og forslag .....	25			





DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# Prop. 102 L

(2020–2021)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

---

## Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven (nytt krav til samarbeidsavtalen mellom kommuner og helseforetak)

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 12. mars 2021,  
godkjent i statsråd samme dag.  
(Regjeringen Solberg)*

### 1 Hovedinnholdet i proposisjonen

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår i denne proposisjonen endringer i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 6-2 første ledd. Bestemmelsen stiller krav til hva en samarbeids-

avtale mellom kommuner og helseforetak minimum skal inneholde. Endringen innebærer at det innføres et krav om at avtalen skal omfatte en konkret beskrivelse av hvordan partene skal utvikle og planlegge tjenestene.

## 2 Bakgrunn

Bakgrunnen for forslaget er regjeringens mål om å skape en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste og et likeverdig partnerskap mellom kommuner og helseforetak slik dette er beskrevet i Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Stortinget ga sin tilslutning til meldingen i mai 2020. I meldingen ble det uttalt at regjeringen vil fremme forslag om å innføre et krav i regelverket om at samarbeidsavtalene skal inneholde en beskrivelse av hvordan kommuner og helseforetak skal planlegge og utvikle tjenester sammen.

Forslaget i denne proposisjonen har sammenheng med avtalen som ble inngått mellom regjeringen og KS 23. oktober 2019 om etablering av 19 helsefelleskap (avtalen i sin helhet er vedlegg til Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023). Målet med etablering av helsefelleskap er å skape mer sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Forslaget i denne proposisjonen omhandler ikke innføring av helsefelleskapene. Samtidig tar helsefelleskapene utgangspunkt i de eksisterende strukturene og avtalene om samarbeid mellom helseforetak og kommuner. Forslaget om ny plikt til å avtale en konkret beskrivelse av hvordan partene skal utvikle og planlegge tjenestene vil derfor være et sentralt tema for samarbeidet i helsefelleskapene. Av den grunn omtales helsefelleskap i det følgende.

I helsefelleskapene skal representanter fra kommuner, helseforetak, fastleger og brukere planlegge og utvikle helse- og omsorgstjenester i fellesskap. Helsefelleskapene skal prioritere å utvikle tjenester til fire sårbare pasientgrupper og finne løsninger som passer til lokale behov og forutsetninger. De fire pasientgruppene som helsefelleskapene særlig bør utvikle gode tjenester for er:

- barn og unge
- personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
- skrøpelige eldre
- personer med flere kroniske lidelser

Helsefelleskapene tar utgangspunkt i de 19 eksisterende helseforetaksområdene. Etablerte avtaler og samarbeidsstrukturer skal ligge til grunn, men videreutvikles. Det varierer hvor mange sykehus og kommuner som inngår i de ulike helsefelleskapene. Sykehuset i Vestfold HF består eksempelvis av ett hovedsykehus og samarbeider med seks kommuner, mens Sykehuset Innlandet HF består av fem somatiske og to psykiatriske sykehus og samarbeider med 42 kommuner. Helsefelleskapet i Oslo vil bestå av én kommune, med flere bydeler, og flere helseforetak. Private ideelle sykehus med lokalsykehusfunksjon i Oslo og Bergen, hhv. Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Haraldsplass Diakonale Sykehus, er en del av disse helsefelleskapene. De enkelte helsefelleskapene vil derfor kunne ha behov for ulike tilpasninger i samarbeidsstrukturen.

Regjeringen og KS er enige om at etablering av helsefelleskapene skal bygge på følgende prinsipper:

- *En tydeligere samarbeidsstruktur.* Det legges opp til et tydeligere skille mellom overordnede, strategiske og faglige beslutninger gjennom en tredelt struktur. Regjeringen og KS anbefaler at både fastleger og brukere er representert på alle nivåene i samarbeidsstrukturen.
- *Bedre felles planlegging.* Helseforetak og kommuner bør planlegge og utvikle tjenester for pasienter som trenger tjenester fra begge nivå.
- *Økt samordning.* Kommunene bør i større grad samordne seg, dvs. at noen kommuner stiller i samarbeidsutvalg på vegne av en gruppe kommuner. Helseforetak som favner flere sykehus, må sikre at disse opptrer samordnet i helsefelleskapet.
- *Bedre beslutningsprosesser.* Den formelle beslutningsmyndigheten vil som i dag ligge i helseforetakene og kommunene. Samtidig bør beslutningsprosessen i partnerskapet bli bedre og mer forpliktende enn den er i dag. Regjeringen og KS er enige om at det bør tilstrebes konsensusbeslutninger som kan forplikte partnerne i det videre arbeidet.

- *Sekretariat.* Et velfungerende sekretariat er et viktig virkemiddel for å sikre fremdrift, effektivitet og legitimitet i beslutningsprosessene.
- *Tydelige prioriteringer.* Regjeringen og KS mener at helsefelleskapene bør ha et særlig fokus på å utvikle gode tjenester for barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser.
- *Felles virkelighetsforståelse.* Regjeringen og KS vil tilrettelegge for at det fremskaffes bedre styringsinformasjon og framskrivningsverktøy som helsefelleskapene kan bruke.
- *Behov for lokale tilpasninger.* Det skal være rom for ulik organisering og lokale løsninger i oppgavedelingen mellom kommuner og helseforetak.
- *Innspill til neste Nasjonal helse- og sykehusplan.* Regjeringen og KS ønsker at neste Nasjonal helse- og sykehusplan skal bygge på innspill fra helsefelleskapene.

Helseforetakene er gjennom eierstyringen pålagt å legge til rette for at samarbeidet innrettes i tråd med prinsippene i avtalen mellom regjeringen og KS og føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Statlig styring av kommunene skjer gjennom lov og forskrift. De nasjonale forventningene til etablering av helsefelleskap er derfor ikke bindende for kommunene. Regjeringen og KS er imidlertid enige om prinsippene, og i avtalen oppfordres kommuner og helseforetak til å legge dem til grunn for utviklingen av samarbeidet i helsefelleskapene.

Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Direktoratet for e-helse støtter innføringen av helsefelleskapene og vil legge til rette for felles utvikling og planlegging av tjenester. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å revidere den nasjonale veilederen til samarbeidsavtalen. I tillegg til sitt ordinære ansvar for faglig råd og veiledning, vil direktoratet samle og tilgjengeliggjøre eksempler på avtaler om ulike måter å løse oppgavedeling og samarbeid om tjenesteyting på. Etatene samarbeider om utvikling av bedre styringsinformasjon, f.eks. om de fire prioriterte pasientgruppene, og framskrivninger av fremtidig behov for tjenester. Dette vil bidra til en felles virkelighetsforståelse for helsefelleskapene og vil kunne inngå i beslutningsgrunnlag. Finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten skal understøtte samhandling og nye måter å yte tjenester på,

### Boks 2.1 Arbeidsdeling i helsefelleskap

En utfordring for samarbeidet mellom kommuner og helseforetak i dag ser ut til å være at saker ikke alltid blir diskutert på rett nivå av personer med riktig kompetanse og myndighet. Regjeringen anbefaler at helsefelleskapene skiller tydeligere mellom hhv. overordnede prinsipielle, strategiske og faglige beslutninger.

Figur 2.1 illustrerer en slik tredelt struktur.

I partnerskapsmøtet vil toppledelsen i kommunene og i helseforetaket møtes årlig for å forankre overordnet retning og drøfte prinsipielle saker. Innenfor disse rammene bør faglige og administrative ledere i kommuner og helseforetak drive felles strategisk planlegging og fatte beslutninger i konkrete samarbeidssaker i strategisk samarbeidsutvalg. Fagfolk i helse- og omsorgstjenesten i kommuner og i helseforetak vil i faglige samarbeidsutvalg utarbeide konkrete prosedyrer og tjenestemodeller basert på føringer fra strategisk samarbeidsutvalg.



Figur 2.1 Arbeidsdeling i helsefelleskap

og det arbeides kontinuerlig med å sørge for bedre digital samhandling.

I henhold til «Rutinar for å involvere kommunesektoren i arbeidet med statlege lovutgreiingar

retta mot kommunesektoren» har Helse- og omsorgsdepartementet i løpet av prosessen hatt dialog med KS.



### 3 Høringen

Høringsnotat om forslag om å innføre krav om at kommuner og helseforetak skal avtale hvordan de sammen skal planlegge og utvikle tjenester ble sendt på høring 25. august 2020 med høringsfrist 13. november 2020. Høringsnotatet ble sendt til følgende instanser:

Departementene

Arbeids- og velferdsdirektoratet  
 Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet  
 Bioteknologirådet  
 Datatilsynet  
 De regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)  
 Landets regionale kompetansesentre for rusmiddelspørsmål  
 Landets regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging  
 Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM)  
 Den rettsmedisinske kommisjon  
 Digitaliseringsdirektoratet  
 Direktoratet for e-helse  
 Folkehelseinstituttet  
 Forbrukerrådet  
 Forbrukertilsynet  
 Fylkesmennene  
 Helse- og sosialombudet i Oslo  
 Helsedirektoratet  
 Helsepersonellnemnda  
 Helseøkonomiforvaltningen (HELFO)  
 Husbanken  
 Høgskoler med helsefaglig utdanning  
 Institutt for helse og samfunn (HELSAM)  
 Klagenemnda for offentlige anskaffelser  
 Konkurransetilsynet  
 Kreftregisteret  
 Likestillings- og diskrimineringsombudet  
 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage)  
 Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress  
 Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)  
 Norges forskningsråd  
 Norsk pasientskadeerstatning (NPE)

Norsk utenrikspolitisk institutt (NUPI)  
 Pasient- og brukerombudene  
 Personvernemnda  
 Regelrådet  
 Regionsentrene for barn og unges psykiske helse  
 Regjeringsadvokaten  
 Rådet for et aldersvennlig Norge  
 Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo  
 Senter for omsorgsforskning  
 Senter for omsorgsforskning Midt-Norge  
 Senter for omsorgsforskning Nord-Norge  
 Senter for omsorgsforskning Sør  
 Senter for omsorgsforskning Vest  
 Senter for omsorgsforskning Øst  
 Sosial- og eldreombudet i Oslo  
 Statens helsetilsyn  
 Statens legemiddelverk  
 Statens råd for likestilling av funksjonshemmede  
 Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten  
 Statistisk sentralbyrå (SSB)  
 Sysselmannen på Svalbard  
 Universitetene  
 Velferdsforskningsinstituttet NOVA  
 Riksrevisjonen  
 Sametinget  
 Sivilombudsmannen

De fylkeskommunale eldrerådene  
 De fylkeskommunale rådene for funksjonshemmede  
 Fylkeskommunen  
 Kommunene

Nasjonalt kompetansetjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelse  
 Nasjonalt kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser  
 Nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse  
 Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming – NAKU  
 Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse – NAKMI  
 Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin – NAKOS

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid – NAPHA	Den Norske Advokatforening
Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording	Den Norske Dommerforening
Nasjonalt senter for e-helseforskning	Den norske jordmorforening
Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse	Den norske legeforing
	Den norske tannlegeforening
	Diabetesforbundet
	DIPS ASA
	DNT – Edru Livsstil
De regionale helseforetakene	Ecura hjemmetjenester og BPA
Helseforetakene	Erfaringssentrum
Innovasjon Norge	Europharma AS
Kommunalbanken	Fagforbundet
Lovisenberg Diakonale Sykehus	Fagrådet innen rusfeltet i Norge
Norsk helsenett SF	Familieklubbene i Norge
	Fana medisinske senter
Abelia	Farma Holding
Aberia	Fellesorganisasjonen (FO)
ACOS AS	Finans Norge
ADHD Norge	Forbundet mot rusgift
Actis	Foreningen for blødere i Norge
Afasiforbundet i Norge	Foreningen for hjertesyke barn
Akademikerne	Foreningen for human narkotikapolitikk
A-larm bruker- og pårørendeorganisasjon for åpenhet om rus og behandling	Foreningen for Muskelsyke
Aleris Helse AS	Foreningen for kroniske smertepasienter
Alliance Boots Norge AS	Foreningen Norges Døvblinde (FNDB)
Alliance Healthcare Norge AS	Foreningen tryggere ruspolitikk
Allmennlegeforeningen	Foreningen vi som har et barn for lite
Amnesty International Norge	Forskerforbundet
Anonyme alkoholikere	Forskningsstiftelsen FAFO
Apotek 1 Gruppen AS	Frambu
Apotekforeningen	Frelsesarmeen
Apotekgruppen	Frivillighet Norge
Arbeiderbevegelsens rus- og sosialpolitiske forbund	Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)
Arbeidsgiverforeningen Spekter	Først medisinske laboratorium AS
Aurora – støtteforening for mennesker med psykiske helseproblemer	Gatejuristen
Autismeforeningen i Norge	Heimta helse og omsorg
Barn av rusmisbrukere – BAR	Helsetjenestens Lederforbund
Barnekreftforeningen	Helseutvalget
BarnsBeste	HERO/Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Bedriftsforbundet	HIVNorge
Bikuben – regionalt brukerstyrt senter	Hjernerådet
Bipolarforeningen	Human Care
Blå Kors Norge	Humana BPA
boHjemmeAS	Hvite Ørn – interesse- og brukerorganisasjon for psykisk helse
Borgestadklinikken	Hørselshemmedes Landsforbund
Buddhistforbundet	Ideelt Nettverk
Cerebral Parese-foreningen	IKT Norge
CGM (Compugroup Medical Norway AS)	Infodoc
De regionale kompetansesentrene for rusmiddel-spørsmål	Informasjonssenteret Hieronimus
Dedicare	Innvandrerne Landsorganisasjon (INLO)
Delta	Institutt for aktiv psykoterapi (IAP)
	Institutt for barne- og ungdomspsykoterapi
	Institutt for gruppeanalyse og gruppepsykoterapi

Institutt for mentalisering	Mental Helse Ungdom
Institutt for psykoterapi	MIRA-senteret
Institutt for samfunnsforskning	Moreno-instituttet – Norsk psykodramainstitutt
IOGT Norge	Munn- og halskreftforeningen
IRIS	MS-forbundet
Ivareta – Pårørende berørt av rus	NA – Anonyme Narkomane
Ja, det nytter	Nasjonalforeningen for folkehelsen
Junior- og barneorganisasjonen JUBA	NHO Service
JURK	Norges Astma- og Allergiforbund
Juss-Buss	Norges Blindeforbund
Jussformidlingen	Norges Døveforbund
Jusshjelpa	Norges Farmaceutiske Forening
Juvente	Norges Fibromyalgi Forbund
Kirkens bymisjon	Norges Handikapforbund
Kliniske ernæringsfysiologiske forening	Norges kristelige legeförening
Kommunal landspensjonskasse	Norges ingeniør og teknologiorganisasjon/Bio- ingeniørfaglig institutt (NITO/BFI)
Kompetansesenter for brukererfaring og tjeneste- utvikling (KBT)	Norges Juristforbund
Kreftforeningen	Norges kommunerevisorforbund
KS	Norges kvinne- og familieforbund
Landets private sykehus	Norges Parkinsonforbund
Landsforbundet for offentlige pensjonister	Norges Tannteknikerforbund
Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende (LUPE)	Norlandia
Landsforeningen 1001 dager – mental helse under graviditet og etter fødsel	Norlandia Care Group
Landsforeningen Alopecia Areata	Normal Norge
Landsforeningen for etterlatte ved selvmord – LEVE	Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening
Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke (LHL)	Norsk Biotekforum
Landsforeningen for Huntingtons sykdom	Norsk Cøliakiforening
Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte	Norsk Epilepsiforbund
Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse	Norsk Ergoterapeutforbund
Landsforeningen for slagrammede	Norsk Farmasøytisk Selskap
Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer	Norsk Forbund for Osteopatisk Medisin
Landsforeningen we shall overcome	Norsk Forbund for psykoterapi
Landsgruppen av psykiatriske sykepleiere	Norsk Folkehjelp
Landsgruppen av helsesøstre NSF	Norsk Forbund for Svaksynte
Landslaget for rusfri oppvekst	Norsk Forbund for Utviklingshemmede
Landsorganisasjonen i Norge (LO)	Norsk Forening for barn og unges psykiske helse (N-BUP)
Legeföreningens forskningsinstitutt	Norsk Forening for cystisk fibrose
Legemiddelgrossistforeningen	Norsk Forening for Ernæringsfysiologer
Legemiddelindustrien (LMI)	Norsk forening for infeksjonsmedisin
Legemiddelparallelimportforeningen	Norsk forening for kognitiv terapi
Legestudentenes rusopplysning	Norsk Forening for nevrofibromatose
LFSS – Landsforeningen for forebygging av selvskading og selvmord	Norsk forening for palliativ medisin
Likestillingssenteret	Norsk Forening for Psykisk Helsearbeid
LISA-gruppene	Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin (NFRAM)
MA – Rusfri Trafikk	Norsk forening for slagrammede
Marborg	Norsk Forening for Tuberøs Sklerose
Matmerk	Norsk Forum for terapeutiske samfunn
Mental Helse Norge	Norsk Fysioterapeutforbund
	Norsk Gestaltterapeut forening
	Norsk gynekologisk forening
	Norsk Helsesekretærforbund
	Norsk Immunsviktförening

Norsk Intravenøs Forening	Røde Kors
Norsk karakteranalytisk institutt	Rådet for psykisk helse
Norsk Kiropraktorforening	Rådgivning om spiseforstyrrelser
Norsk legemiddelhåndbok	Sagatun brukerstyrt senter
Norsk Logopedlag	Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO)
Norsk Manuellterapeutforening	Selvhjelpsstiftelsen
Norsk legevaktforum	SeniorNorge
Norsk Medisinaldepot AS	Seniorsaken i Norge
Norsk OCD forening, ANANKE	Seniorstøtten
Norsk Ortopedisk Forening	Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE)
Norsk Osteopatforbund	Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser (SEPREP)
Norsk Osteoporoseforening	Senter for seniorpolitikk
Norsk Pasientforening	SINTEF Helse
Norsk Presseforbund	Sintef Unimed, Helsetjenesteforskning i Trondheim
Norsk Psoriasis Forbund	Skeiv ungdom
Norsk Psykiatrisk Forening	Spillavhengighet Norge
Norsk Psykoanalytisk Forening	Spiseforstyrrelsesforeningen
Norsk Psykologforening	Stabburshella bruker- og pårørendeforum og værested
Norsk Radiograførforbund	Statstjenestemannsforbundet
Norsk Revmatikerforbund	Stiftelsen Albatrossen ettervernsenter
Norsk selskap for ernæring	Stiftelsen Angstringen Norge (ARN)
Norsk senter for stamcelleforskning	Stiftelsen Det er mitt valg
Norsk sykehus- og helsetjenesteforening (NSH)	Stiftelsen Fransiskushjelpen
Norsk sykepleierforbund	Stiftelsen Fossumkollektivet
Norsk Tannhelsesekretærers Forbund	Stiftelsen Golden Colombia
Norsk Tannpleierforening	Stiftelsen Institutt for spiseforstyrrelser
Norsk Tjenestemannslag (NTL)	Stiftelsen iOmsorg
Norsk Tourette Forening	Stiftelsen Menneskerettighetshuset
Norske Fottereuters Forbund	Stiftelsen Norsk Luftambulans
Norske Homeopaters Landsforbund	Stiftelsen Organdonasjon
Norske Kvinners Sanitetsforening	Stiftelsen Phoenix Haga
Norske Ortoptisters forening	Stiftelsen Pinsevennes evangeliesentre
Norske Sykehusfarmasøytters Forening	Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning
Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO)	Stiftelsen Pårørendesenteret
Omsorgsjuss	Stiftelsen Sana
Organisasjonen Voksne for Barn	Stiftelsen Verdighetssenteret – omsorg for gamle
Oslo amatørbyggerlag	Stoffskifteforbundet
Parat Helse	Studieforbundet Funkis
Pensjonistforbundet	Tekna
Personskadeforbundet	Teknologirådet
Praksiseierforeningen	Trust Arktikugol
Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund	Turner Syndrom foreningen i Norge
Prima Omsorg	Tyrili Utvikling og prosjekt – stiftelse
Program for helseøkonomi i Bergen	ULOBA
proLAR	Ung i Trafikken
Psykiatricalliansen BIL	Ungdom mot narkotika – UMN
Pårørendealliansen	Unge funksjonshemmede
Pårørendesenteret	Unicare
Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO)	Unio
Rettspolitisk forening	Universitets- og høyskolerådet
ROM – Råd og muligheter	
ROS – Rådgivning om spiseforstyrrelser	
Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)	
Ryggforeningen i Norge	
Ryggmargsbrokk- og hydrocephalusforeningen	

Universitets- og høyskoleutdannedes forbund  
 Utdanningsforbundet  
 Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester  
 Veiledningssenteret for pårørende til stoffmisbrukere og innsatte  
 Verdighetscenteret  
 Vestlandske Blindeforbund  
 Virke  
 Visma  
 Volvat Medisinske Senter AS  
 Vårres regionalt brukerstyrt senter Midt-Norge  
 Yngre legers forening  
 Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)

Departementet har mottatt svar fra totalt 89 høringsinstanser, hvorav Helse Vest RHF har inn-gitt svar fra de fire helseforetakene i regionen.

Følgende instanser har uttalt seg om innholdet i lovforslaget:

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet  
 Direktoratet for e-helse  
 Helsedirektoratet  
 Kriminalomsorgsdirektoratet  
 OsloMet v/NOVA  
 Statens helsetilsyn  
 Universitetet i Oslo

Alver kommune  
 Bergen kommune  
 Enebakk kommune  
 Levanger kommune  
 Molde kommune  
 Nannestad kommune  
 Oslo kommune  
 Salangen kommune  
 Skien kommune  
 Stavanger kommune  
 Stord kommune  
 Trondheim kommune  
 Trøndelag fylkeskommune  
 Ullensaker kommune  
 Vestvågøy kommune  
 Ås kommune

Administrativt samarbeidsutvalg – Akershus universitetssykehus og tilhørende kommuner  
 Fagråd for selvmordsforebygging i Vestfold og Telemark  
 Helse Midt-Norge RHF  
 Helse Nord RHF  
 Helse Sør-Øst RHF  
 Helse Vest RHF

Helsefellesskapet i Nordre Trøndelag  
 Kommunehelsesamarbeidet i Vestre Viken helse-område  
 Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser  
 Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling  
 Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)  
 Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress  
 Nasjonalt senter for distriktsmedisin  
 Oslo universitetssykehus HF  
 Overordna samhandlingsutval i Møre og Romsdal  
 Overordnet samarbeidsorgan (OSO) for UNN HF og tilhørende kommuner  
 Sámi Klinihkka, Samisk nasjonal kompetansetjeneste psykisk helsevern og rus (SANKS)  
 Sykehuset Innlandet HF  
 Sykehuset Østfold HF

Apotekerforeningen  
 Arbeidsgiverforeningen Spekter  
 Blå Kors Norge  
 Den norske legeforening  
 Den norske tannlegeforening  
 Diakonhjemmet Sykehus  
 Fagforbundet  
 Fellesorganisasjonen (FO)  
 Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)  
 Haraldsplass Diakonale sykehus  
 HivNorge  
 Ideelt Nettverk  
 KS – Kommunesektorens arbeidsgiver- og interesseorganisasjon  
 Landorganisasjonen i Norge – LO  
 Lederforum helse og omsorg Fosen  
 Legemiddelindustrien (LMI)  
 Mental Helse  
 NITO  
 Norges Farmaceutiske Forening  
 Norges Forbund for utviklingshemmede  
 Norsk forening for palliativ medisin  
 Norsk Fysioterapeutforbund  
 Norsk Kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser (Noklus)  
 Norsk Manuellterapeutforening  
 Norsk Sykepleierforbund  
 Norsk Tannpleierforening  
 Norsk Psykologforening  
 Norske Kvinners Sanitetsforening  
 Norske Sykehusfarmasøytters Forening  
 Pensjonistforbundet  
 Pilar – Kompetansetjenesten for psykisk helse og barnevern  
 RIO – Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon

Dag-Helge Rønnevik  
Stiftelsen KBT – Kompetansesenter for Bruker-  
erfaring og tjenesteutvikling  
Stiftelsen Kirkens Bymisjon  
Stiftelsen Verdighetssenteret  
Vårres regionalt brukerstyrt senter Midt-Norge

Samferdselsdepartementet  
Utenriksdepartementet

Fylkesmannen i Oslo og Viken  
Norges forskningsråd  
Statistisk sentralbyrå

Følgende instanser oppgir at de ikke har merker-  
nader:

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse

Forsvarsdepartementet  
Justis- og beredskapsdepartementet

Arbeiderbevegelsens rus- og sosialpolitiske  
forbund

## 4 Gjeldende rett

### 4.1 Innledning

Med Samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008–2009)) ble det foreslått å innføre gjensidig plikt til å inngå samarbeidsavtale mellom kommuner og regionale helseforetak eller med helseforetak som pekes ut av det regionale helseforetaket. Forslaget ble senere lovfestet i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) § 2-1 e andre ledd, jf. Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) kapittel 28. Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 stiller krav til avtalens innhold og definerer områder som avtalen minimum skal omfatte. I dag har alle kommuner inngått samarbeidsavtaler med helseforetaket de deler opp-taksområde med.

Formålet med samarbeidsavtalene er å fremme samhandlingen ved å konkretisere opp-gave- og ansvars plasseringen mellom kommune og helseforetak, og å etablere gode samarbeidsrutiner. Avtalene skal bidra til at pasienter og brukere opplever at tjenestene er samordnet og at det alltid er klart hvem som skal yte de aktuelle tjenestene.

Det er flere lovverk med betydning for planlegging i kommuner og helseforetak. Eksempelvis inneholder lov 27. juni 2008 nr. 71 om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og byg-ningsloven) og lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. (helseforetaksloven) føringer og krav til planlegging for hhv. kommuner og helseforetak. Disse lovene har relevans for den foreslåtte endringen, og departementet vil gå nær-mere inn på enkelte bestemmelser i kapittel 5.

### 4.2 Helse- og omsorgstjenesteloven

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 første ledd at kommunen er forpliktet til å inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen eller med det helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer.

Kommunen kan inngå avtale alene eller sammen med andre kommuner.

I andre ledd fremgår det at samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Videre følger det av tredje ledd at pasient- og brukererfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelsen av avtalen, og at pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse av avtalene.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 stiller krav til hva avtalen som et minimum skal omfatte. Partene kan inngå samarbeidsavtaler som omfatter mer enn det som er minimumskravene. Partene kan inngå en samlet avtale eller de kan inngå flere avtaler på ulike nivåer eller ulike områder av virksomheten.

*Nummer 1* forutsetter at avtalepartene blir enige om hvilke tjenester henholdsvis kommuner og foretak er pålagt å sørge for etter loven, slik at de har en felles oppfatning av partenes ansvar. Denne felles oppfatningen vil danne grunnlag for å vurdere hvilke oppgaver den enkelte avtalepart har som det er aktuelt å samarbeide om. Partene må uttrykkelig avtale i de tilfellene hvor opp-gaveutførelsen vil fravike den lovpålagte ansvars-plasseringen.

*Nummer 2* pålegger avtalepartene å utarbeide retningslinjer for pasientforløp og brukerforløp for de som har behov for koordinerte tjenester.

*Nummer 3* pålegger avtalepartene å komme frem til kriterier for i hvilke tilfeller det er forsvarlig å gi pasienter et annet tilbud enn innleggelse i sykehus.

*Nummer 4* pålegger avtalepartene å ta inn en beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold ved øyeblikkelig hjelp. Ved å pålegge partene å ta inn en slik beskrivelse i avtalen, oppfordres partene til å se sine øyeblikkelig hjelp-tilbud i sammenheng og bli enige om gode og hensiktsmessige løsninger til det beste for pasientene og brukerne.

*Nummer 5* pålegger avtalepartene, for eksempel som en nærmere detaljering av forskrift, å utarbeide rutiner for det praktiske samarbeidet om pasienter som er ferdigbehandlet på sykehus og som trenger etterfølgende tjenester fra kommunen.

*Nummer 6* pålegger avtalepartene å lage opplegg som sikrer at de gir den andre avtaleparten nødvendig informasjon og kunnskap. Foretaket må forplikte seg gjennom avtalen til å tilføre kommunen kunnskap som er nødvendig for at det skal være forsvarlig at kommunen i fremtiden utfører oppgaver som sykehus utfører i dag.

*Nummer 7 til nummer 11* pålegger partene samarbeid på konkrete fagområder uten å fastsette i detalj hvor omfattende samarbeidet skal være eller hvordan det skal legges opp. Det er opp til avtalepartene selv.

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5 første ledd at avtalepartene årlig skal gjennomgå avtalen med sikte på nødvendige oppdateringer eller utvidelser. Det innebærer en plikt til å sørge for at avtalen er oppdatert og dynamisk, samt tilpasset pasienters og brukeres behov. Av andre ledd fremgår det at avtalen kan sies opp med ett års frist. Når en av partene sier opp avtalen, skal det regionale helseforetaket varsle Helsedirektoratet.

Når det gjelder krav til egen planlegging fremgår det blant annet av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd at kommunen har en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. For å kunne sørge for forsvarlige helse- og omsorgstjenester må kommunene sette i verk systematiske tiltak som sikrer at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i relevante lover og forskrifter.

### 4.3 Spesialisthelsetjenesteloven

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e andre ledd at de regionale helseforetakene skal sørge for at det inngås samarbeidsavtaler som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1. Det regionale helseforetaket kan beslutte at ett eller flere av helseforetakene det eier, skal inngå og være part i slike avtaler. Denne plikten er tilsvarende plikten som er pålagt kommunene i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1.

De regionale helseforetakene blir ikke forpliktet til å inngå avtalene selv, men kan pålegge helseforetakene de eier å inngå avtale med en eller flere kommuner, for eksempel alle kommunene i et helseforetak sitt opptaksområde. De kan også pålegge helseforetakene å inngå avtaler med kommuner om spesifikke tjenester og tiltak. Det ligger ikke i pålegget at alle avtalene som helsefore-

takene inngår skal være identiske. Avtalene må tilpasses lokale forhold og behov.

Når det gjelder krav til egen planlegging fremgår det av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a fjerde ledd at de regionale helseforetakene har en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. For å kunne sørge for forsvarlige helse-tjenester må de regionale helseforetakene sette i verk systematiske tiltak som sikrer at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i relevante lover og forskrifter.

### 4.4 Tvisteløsningsnemnda for helse- og omsorgssektoren

KS og Helse- og omsorgsdepartementet har opprettet tvisteløsningsnemnda for helse- og omsorgssektoren. Nemnda behandler tvister mellom partene i samarbeidsavtaler etter helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e. Tvisteløsningsnemnda kan:

- mekle når det oppstår uenighet om inngåelse av samarbeidsavtaler
- avgi rådgivende uttalelse ved uenighet om inngåtte samarbeidsavtaler
- avgi rådgivende uttalelser ved tvister om betaling etter forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter
- gi råd om hvem som har ansvaret for «gråsonepasienter» mellom kommuner og sykehus

Begge kontraktsparter (kommunen og det regionale helseforetaket i helseregionen, eller helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer) kan bringe en sak inn for tvisteløsningsnemnda.

Tvisteløsningsnemnda kan bare mekle dersom partene som skal inngå samarbeidsavtale er enige om det. Tilsvarende vil tvister om allerede inngåtte avtaler bare behandles dersom begge parter samtykker.

### 4.5 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten gjelder virksomheter på ulike nivå i de kommu-



nale helse- og omsorgstjenestene, spesialisthelse-tjenesten og private virksomheter som tilbyr helse- og omsorgstjenester. Formålet er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet samt at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Forskriften beskriver virksomhetenes, herunder kommuner og helseforetak, ansvar for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korri-

gere virksomheten. Forskriften tydeliggjør at dette ansvaret ligger til øverste leder av virksomheten.

I forskriften § 6 beskrives oppgavene som inngår i plikten til å planlegge, herunder plikten til å planlegge hvordan risiko kan minimaliseres med særlig vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt.

## 5 Dagens praksis

Som nevnt over skal samarbeidsavtalene inngås mellom kommunen og det regionale helseforetaket i helseregionen eller det helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Praksis i alle regioner er at det regionale helseforetaket har pekt på de lokale helseforetakene, slik at det er kommunene og helseforetak som har inngått avtaler. Enkelte kommuner har avtaler med to helseforetak.

Avtalestrukturen varierer noe, men i all hovedsak har helseforetak og kommuner inngått en overordnet samarbeidsavtale og flere delavtaler som korresponderer til minimumskravene i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2. Som regel har helseforetaket inngått likelydende avtaler med alle kommunene i sitt opptaksområde.

Det foreligger flere evalueringer og vurderinger av samhandlingsreformen og samarbeidsavtalene fra blant annet Forskningsrådet, Deloitte (på oppdrag fra KS), Helsetilsynet og Nasjonalt samhandlingsnettverk. Oppsummert viser evalueringer av samarbeidsavtalene at:

- avtalene har bidratt til å tydeliggjøre ansvars- og oppgavedeling, men ikke nødvendigvis til bedre opplevd samhandling
- fastleger og brukere har i mindre grad vært involvert i utarbeidelsen av avtalene
- det er stor variasjon med hensyn til hvorvidt og i hvilken grad de ansatte kjenner til innholdet i avtalene

Twisteløsningsnemnda har i hovedsak behandlet saker knyttet til uenigheter mellom helseforetak og kommuner om utskrivningsklare pasienter. De fleste saker løses i de lokale samarbeidsorganene, og nemnda har derfor vært lite brukt de siste årene.

Kommuner er pålagt å utarbeide planer for sin virksomhet, jf. plan- og bygningsloven § 11-1. Helseforetaksloven § 2a pålegger de regionale helseforetakene å planlegge virksomhetene i helseforetakene som de eier. Videre er de regionale og lokale helseforetakene gjennom eierstyringen pålagt å utarbeide regionale og lokale utviklingsplaner hvert fjerde år.

Kommunestyret skal minst én gang i hver valgperiode utarbeide og vedta en kommunal

planstrategi, jf. plan- og bygningsloven § 10-1. Med utgangspunkt i planstrategien skal kommunene utarbeide kommuneplaner som skal omfatte både en samfunnsdel med handlingsdel og en arealdel. Samfunnsdelen skal ta stilling til langsiktige utfordringer, mål og strategier for kommunesamfunnet som helhet og kommunen som organisasjon. Oversikt over helsetilstanden i befolkningen og påvirkningsfaktorer i kommunen skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi, jf. lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven) §§ 5 og 6. Det er ingen særskilte krav om å utarbeide egne planer for helse- og omsorgstjenestene. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd stiller imidlertid krav til kommunen om å planlegge, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kommunene skal hvert år vedta en rullerende økonomiplan som skal omfatte minst de fire kommende budsjettårene og hele kommunens virksomhet.

Mange kommuner mangler viktige grunnlagsdokumenter, som blant annet lokal helse- og omsorgsplan og/eller kompetanseplan. Eksempelvis viser undersøkelser gjennomført av Helse Nord RHF fra 2018 at kun 42 % av kommunene i regionen har utarbeidet strategiske planer for helse- og omsorgstjenestene. I tillegg er det en utfordring at mange lokale helse- og omsorgsplaner i kommunene ikke inneholder tilstrekkelige analyser av status og utviklingstrekk i sektoren, og derfor i liten grad er egnet til bruk i øvrig planverk (Vetvik, E. og Disch, P. G. (2017). Retorikk og realiteter: Planlegging for framtidens helse- og omsorgsoppgaver i kommunene – 2015 – 2025. Senter for omsorgsforskning. Rapportserie 5/20).

Nasjonal helse- og sykehusplan legges frem for Stortinget hvert fjerde år og angir retning for utviklingen av spesialisthelsetjenesten og samhandlingen med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I tillegg er som nevnt helseforetakene og de regionale helseforetakene pålagt å utarbeide lokale og regionale utviklingsplaner hvert fjerde år. De regionale helseforetakene utar-

beider også hvert år ettårige budsjett og økonomisk langtidsplan. Helseforetakene lager egne økonomiske langtidsplaner og budsjetter innenfor rammene det regionale helseforetaket har satt.

Det er departementets oppfatning at kommuner og helseforetak i varierende grad involverer hverandre i planer og beslutninger innenfor sine respektive ansvarsområder og at det i liten grad foregår planlegging i *felleskap*. Helseforetakene har ansvar for å involvere kommunene i arbeidet med lokale utviklingsplaner. Departementets inn-

trykk er at helseforetakenes involvering av kommunene har variert – enkelte steder har involveringen vært begrenset til å få utkast til planer på høring sent i prosessen, mens andre steder har kommunene vært tettere involvert. Det er få eksempler på at kommunene involverer helseforetakene i sine planer. Innspill i møter og workshops i forbindelse med utarbeidelsen av Nasjonal helse- og sykehusplan tyder samtidig på en bred anerkjennelse av behovet for å i større grad utvikle og planlegge tjenester sammen.

## 6 Behovet for lovendring

### 6.1 Forslaget i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet å innføre et nytt krav i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 om at samarbeidsavtalene skal inneholde en konkret beskrivelse av hvordan kommuner og helseforetak sammen skal planlegge og utvikle tjenester. Samarbeidsavtalene skal som nevnt inngås mellom kommunen og det regionale helseforetaket eller det helseforetaket det regionale helseforetaket bestemmer. I praksis inngås avtalene mellom kommuner og helseforetak. Dette reflekterer at helseforetaket er det hensiktsmessige nivået for samarbeid med kommunen når målet er å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.

Forslaget innebærer ikke et krav om én felles plan, men et krav om å beskrive *hvordan* et samarbeid om å utvikle og planlegge tjenestene skal være. Det stilles ikke lovfestede krav til innholdet i planleggingsprosessen utover at den skal gjelde utvikling og planlegging av tjenestene.

Målet er med andre ord ikke at kommuner og helseforetak skal ha én felles plan for all tjenesteutvikling. Samtidig står kommuner og helseforetak fritt til å lage felles planer på områder eller for prosjekter der de i fellesskap finner det formålstjenlig.

Målet med lovforslaget er at helseforetak og kommuner skal avtale helt konkret hvordan de skal gjennomføre felles planlegging av tjenester til pasienter med behov fra begge tjenestenivåer, og hvordan de konkret skal involvere hverandre i eget planarbeid som har betydning for den andre.

### 6.2 Høringsinstansenes syn

Nær alle høringsinstansene som har uttalt seg støtter intensjonen og formålet med forslaget. Alle kommuner, helseforetak, regionale helseforetak og helsefelleskap som har uttalt seg er positive til forslaget, og et flertall av dem støtter forslaget til lovendring.

Flere høringsinstanser anerkjenner problembeskrivelsen i høringsnotatet og støtter forslaget

til lovendring. *Bergen kommune* støtter forslaget og uttaler at

«kommunene og sykehusene i større grad må samarbeide om å forstå innbyggernes nåværende og fremtidige behov for helsetjenester. Det er viktig å få rigget en felles planleggingsprosess som bygger på en samlet oversikt over hvilke tjenester som tilbys hvor, hvordan tjenestene kan gis mer koordinert og effektivt, og hvordan man kan samarbeide om kompetanseutvikling, organisasjonsutvikling og fordeling av budsjettmidler de neste årene. Dette er nødvendig for å sikre en felles utviklingsretning for helsetjenesten som setter pasientene i sentrum, og som vil gjøre helsevesenet bedre i stand til å forebygge og redusere pasientenes fremtidige behov for ressurskrevende helse- og omsorgstjenester gjennom livsløpet.»

Flere av høringsinstansene mener at innføringen av et slikt krav vil styrke samhandlingen mellom kommuner og helseforetak og gi en sterkere forankring av helsefelleskapene. *Trondheim kommune* støtter forslaget og uttaler at

«lovendringen vil bidra til et mer forpliktende samarbeid og økt likeverdighet på alle nivå i samhandlingen. Dette gjennom en tydeligere forankring av et felles ansvar for planlegging og utvikling av tjenester, noe som også vil styrke bruker- og pasientperspektivet.»

*KS* støtter forslaget og uttaler at

«Lovforslaget kan sikre en større grad av samarbeid i helsefelleskapene og gi kommunene en ny mulighet til å påvirke utviklingen av den samlede helsetjenesten.»

Helsefelleskapet Vestre Viken, som består av *Vestre Viken HF, Kommunehelsesamarbeidet* for de 21 kommunene som er tilsluttet foretaket, og *Brukerutvalget Vestre Viken*, har gitt et felles hørings svar hvor de påpeker at lovkravet ikke utgjør noe nytt utover føringene i Nasjonal helse-

og sykehusplan. Samtidig støtter de forslaget, og er enige i at

«konkretiseringen kan være en hensiktsmessig som del av en felles planleggingsprosess. Lovforslaget sikrer partenes gjensidige forpliktelser».

I høringsuttalelsen fra *Haralds plass Diakonale sykehus* fremkommer det at forslaget oppleves som relevant og viktig for å sikre at sykehuset blir tilstrekkelig involvert i saker som berører dem, og at dette har betydning både for deres egen planlegging av tjenester og for den totale ressursutnyttelsen i det regionale helseforetaket. Det påpekes videre at

«forslaget om endring er nødvendig for at partene skal involvere hverandre tidnok i planleggingen av tjenestene til pasienter med behov for oppfølging fra begge tjenestenivåene. Konkretisering av involveringen og gjennomføringen hos partene er viktig for å kunne jobbe målrettet. Dette vil bidra til å skape mer helhetlige og koordinerte tjenester for pasienter og pårørende.»

*Helse Sør-Øst RHF* støtter forslaget og viser i sin høringsuttalelse til at også Brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF støtter forslaget til lovendring. Videre er det regionale helseforetaket enig i innretningen av kravet, og uttaler i den sammenheng at

«det ikke er hensiktsmessig med lovfesting av at partene skal lage en felles plan. Det er mer vesentlig at det stilles krav til at partene beskriver hvordan de vil planlegge og utvikle tjenester sammen.»

Enkelte av høringsinstansene er usikre på om lovendringen er nødvendig, men støtter intensjonen med forslaget:

For eksempel viser *Oslo universitetssykehus HF* (OUS) til gode erfaringer med felles handlingsplan for samhandling mellom OUS og de seks sektorbydelene. OUS viser til at innføring av helsefellesskap kan legge til rette for en overordnet og forpliktende samhandlingsstruktur, og at lovforslaget kan bidra til forankring og forpliktelse på toppnivået i helsefellesskapet slik at man får gode planprosesser. Samtidig uttrykker *OUS* følgende:

«Samarbeidsavtalene vil måtte justeres noe for å tilpasses innføring av helsefellesskap. Der kan

punkter om samarbeid knyttet til utvikling og planlegging av tjenestene flettes inn, uavhengig av om dette er et lovpålegg. Et lovpålegg kan forplikte partene, men også virke avgrensende slik at samarbeidet i helsefellesskapet begrenses til å omfatte det som er lovpålagt.»

Av *Diakonhjemmet Sykehus* sin uttalelse fremkommer det at de støtter intensjonen med forslaget, men er av den oppfatning at etablering av helsefellesskap vil være tilstrekkelig for å oppnå de ønskede forbedringene.

Tilsvarende støtter *Arbeidsgiverforeningen Spekter* intensjonen med forslaget, men uttaler at

«partene i helsefellesskapene bør få mulighet til å høste erfaringer med den nye organisasjonsformen før nye lovkrav innføres.»

*Helse Bergen HF* mener på sin side at forslaget allerede er en del av avtalene de har med kommunene i opptaksområdet, men er samtidig positiv til at forslaget lovfestes.

Flere av høringsinstansene støtter forslaget til lovendring, men påpeker at det vil være behov for ytterligere virkemidler for å lykkes med formålet med lovendringen. *Norsk Manuellterapeutforening*, *Norsk Sykepleierforbund*, *Norsk forening for palliativ medisin*, *Mental helse*, *LO Norge*, *Sykehuset Innlandet HF*, *Helse Midt-Norge RHF* og *Helse Bergen HF* er blant høringsinstansene som trekker frem behovet for økonomiske insentiver eller tilførsel av friske midler for å lykkes med intensjonene bak lovendringen.

*LO Norge* viser i tillegg til at departementet må følge opp gjennom eierstyringen av de regionale helseforetakene slik at samarbeidet mellom kommuner og helseforetak blir likeverdig, og at

«det i veilederne som skal utvikles tydeliggjøres hva som skal planlegges i fellesskap. *LO* mener i den sammenheng at det presiseres at sosialfaglig personell skal involveres i planleggingen for å sørge for at økonomi, bolig, familie, nettverk, skole, arbeid, kontakt med NAV, barnevern og andre kommunale tjenester blir ivaretatt».

*Norsk kompetansetjeneste for psykisk helsearbeid (NAPHA)* støtter forslaget, men er i tvil om det er tilstrekkelig for å få til de ønskede endringene i praksis. De skriver:

«Vi vurderer at lovendringsforslaget, i tillegg til beskrivelsen av hvordan man sammen skal

utvikle og planlegge tjenestene, burde være tydeligere på at virksomhetene sammen skal gjøre en vurdering av om kommunenes og spesialisthelsetjenesten sine virksomhetsplaner i sum møter det helhetlige behovet for helse-tjenester i befolkningen lokalt. Videre bør samarbeidsavtalen identifisere og beskrive områdene for mangelfulle tjenester lokalt, og beskrive tiltak som man samarbeider om – eller bør samarbeide om – i utviklingsarbeidet, for å møte det samlede behovet. En tydelig, og skriftliggjort, identifisering av mangelfulle tjenester vil være et sterkt incitament for økt samarbeid i praksis. En lovfestet plikt til å utvikle planer for helse- og omsorgsområdet for kommunene vil sikre grunnlagsmateriale for samhandlingen. Videre mener NAPHA at det er viktig å anerkjenne at planprosesser er krevende og at man vil måtte bruke både faglige, administrative og økonomiske ressurser på dette arbeidet.»

*NOVA/Oslo Met* uttaler at kommunale helse- og omsorgstjenester må tilføres betydelig mer ressurser for å ha innsikt i behovene som må dekkes for å kunne planlegge og utvikle tjenester sammen med helseforetaket. Videre uttales det at

«om tiltaket med å opprette 19 nye helsefelleskap skal lykkes med å unngå fragmenterte pasientforløp, og ikke bare føre til økt byråkratisering, må de inkorporere de lavere organisatoriske nivåer samt de som faktisk ser (eldre) pasienter og brukere i sin daglige praksis (Gautun & Kvæl 2020). I tillegg bør det etableres en felles digital infrastruktur for fremme gode kommunikasjonslinjer i praksis.»

Det fremkommer av høringsuttalelsene fra *Vestvågøy kommune* og *Alver kommune* at de er bekymret for kommunenes begrensede ressurser. *Alver kommune* viser for eksempel til følgende:

«Det er lagt opp til utarbeiding av felles faktagrunnlag for strategisk samhandling om tenesteutvikling. For å ivareta prinsippet om likeverdige partar må kommunane sikrast evne til å inneha naudsynt kompetanse og analysekapasitet.»

*Stavanger kommune* støtter forslaget, men påpeker følgende:

«Forutsetninger for gode planprosesser er tilstrekkelig tallgrunnlag og gode analyser, data

fra spesialisthelsetjenesten og kommunesiden er i denne sammenheng like viktige. Her er det viktig at sentrale myndigheter legger til rette for god statistikk for kommunen og utarbeider gode datasett og verktøy til beslutningsstøtte i planarbeidet.»

Flere kommuner, helseforetak og helsefelleskap kommenterer i sine uttalelser hvordan det foreslåtte kravet kan innarbeides i samarbeidsavtalene. *Helse Nord RHF* viser for eksempel til at de

«har fått tilbakemeldinger fra både kommuner og helseforetak om at det hefter usikkerhet om hvorvidt kravet om felles planlegging forutsettes innarbeidet i alle 11 avtalene, eller om det skal inngås en 12. samarbeidsavtale der det redegjøres for hvordan kravet om felles planer skal ivaretas. I førstnevnte tilfelle, ville det kunne bli svært arbeidskrevende og unødig tungvint å presisere dette kravet i hver enkelt avtale.»

Noen av høringsinstansene som støtter forslaget har forslag til ytterligere utvidelser av det foreslåtte kravet:

*Den norske legeforening*, *Alver kommune* og *Norges Farmaceutiske forening* ønsker å utvide kravet til også dekke evaluering og korrigeringsforbedring. *Den norske legeforening* skriver for eksempel at:

«Lovteksten kunne for eksempel lyde: «konkret beskrivelse av hvordan partene sammen skal planlegge, utvikle, evaluere og korrigere tjenestene.»

*Sykehuset Innlandet HF* ber om at «helsefelleskap» innlemmes i kravet og uttaler:

«For å styrke signalet om at helsefelleskap som modell for planmessig samarbeid mellom kommuner og helseforetak bør velges, foreslår Sykehuset Innlandet følgende ordlyd i det nye punktet; § 6-2 punkt 13 konkret beskrivelse av hvordan partene sammen skal utvikle og planlegge tjenestene i helsefelleskapet.»

*Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling* ber på sin side om at

«det i lovteksten presiseres at dette gjelder for alle fagområdene i spesialisthelsetjenesten: somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.»

*Administrativt samarbeidsutvalg – Akershus universitetssykehus og tilhørende kommuner* støtter forslaget, men bemerker at endringen kun gjøres i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og foreslår at tilsvarende endring gjøres i spesialisthelsetjenesteloven for å sørge for likeverd og god gjennomføring.

Statens helsetilsyn støtter forslaget, men uttaler følgende:

«Forslaget til nytt punkt 13 er veldig generelt utformet. Det kan bidra til at de som skal forholde seg til det nye kravet i praksis kan ha ulik forståelse av hva som skal inngå i en konkretisert beskrivelse av «hvordan partene sammen skal utvikle og planlegge tjenestene». I høringsnotatet blir det nærmere beskrevet hva forslaget til nytt punkt innebærer. Blant annet blir målet med lovforslaget beskrevet på følgende måte: «Målet med lovforslaget er at helseforetak og kommuner skal avtale helt konkret hvordan de skal gjennomføre felles planlegging av tjenester til pasienter med behov fra begge tjenestenivåer, og hvordan de konkret skal involvere hverandre i eget planarbeid som har betydning for den andre». Statens helsetilsyn mener at nytt punkt 13 med fordel kunne vært tydeligere, for eksempel ved å ta inn mer av de presiseringene som fremgår av målformuleringen.»

*Helsedirektoratet* mener at forslaget er et viktig grep og at kravet bør komme som punkt én i lovbestemmelsen da det er tematisk overordnet de andre punktene. Videre viser direktoratet til tidligere evalueringer av samarbeidsavtalene og anbefaler en helhetlig gjennomgang av helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2. Direktoratet skriver:

«Gjennom en helhetlig revisjon vil man kunne gi tydeligere føringer på områder som blant annet evalueringer av samhandlingsreformen har vist at er særlig utfordrende. Bestemmelsen bør adressere disse utfordringene på en slik måte at den reelt understøtter de viktige målene om mer likeverdig samarbeid («fra parter til partnere») og bedre samhandling og pasientflyt. Helsedirektoratet mener det vil være viktig å legge mer vekt på føringer knyttet til prosess, i tillegg til beskrivelse av hva avtalene skal inneholde.»

Flere av høringsinstansene har også kommet med uttalelser knyttet til helsefellesskapene som ikke har direkte betydning for forslaget, men som likevel vurderes som relevant å gjengi ettersom det

foreslåtte kravet vil være et sentralt tema for samarbeidet i helsefellesskapene. *Kreftforeningen* uttaler for eksempel at de er glade for innføringen av helsefellesskapene, og støtter de forelagte prinsippene og den tredelte strukturen. Samtidig påpeker *Kreftforeningen* følgende:

«Vi ser at det kan være hensiktsmessig å bygge videre på eksisterende samarbeidsstruktur slik de er skissert. Likevel vil vi også påpeke at disse strukturene ikke i tilstrekkelig grad har løst utfordringer som kreftrammede og andre pasienter står i når det gjelder overgangen mellom spesialist- og primærhelsetjeneste.»

Det fremkommer av *Funksjonshemmedes fellesorganisasjon* sin høringsuttalelse at samhandlingsreformen ikke har vært et godt nok virkemiddel, og at avtalene som er inngått mellom helseforetak og kommuner har blitt oppfattet som for uforpliktende og lite konkrete. Det uttales samtidig at:

«krav til å utvikle planer i fellesskap og en struktur for arbeidsdeling og beslutninger, vil kunne ha mulighet til å lykkes i å skape gode gjennomgående koordinerte helsetjenester for brukerne.»

*Overordnet samarbeidsorgan (OSO) for UNN HF og tilhørende kommuner* uttaler at:

«Opprettelsen av helsefellesskap i helseforetaksområdet representerer en videreføring av eksisterende samarbeid med noe endrede fora og gir også mulighet for å styrke det fagmedisinske samarbeidet mellom helseforetak og kommuner.»

Flere høringsinstanser, herunder *Norsk forening for palliativ medisin*, *Norsk Forbund for Utviklingshemmede*, *LO Norge*, *Alver kommune* og *Fellessorganisasjonen*, støtter forslaget, men uttrykker bekymring for konsekvensene av at det pekes på fire grupper som skal prioriteres i helsefellesskapenes planlegging og utvikling av tjenester. For eksempel uttaler *Norsk Forbund for Utviklingshemmede* følgende:

«Selv om dette faller utenfor denne høringen, vil vi påpeke at det er uheldig å trekke frem noen få grupper som det skal fokuseres spesielt på. Mange grupper har behov for godt samarbeid og god koordinering mellom kommune og helseforetak, for eksempel personer med utviklingshemming. Ved å fremheve noen

få av dem er det en risiko for at de andre gruppene blir glemt eller nedprioritert, selv om plikten til samarbeid gjelder for alle.»

*Norsk psykologforening* uttaler at pasienter som blir henvist fra kommunale tjenester med antatt behov for behandling i psykisk helsevern, men som blir avvist, og pasienter som får poliklinisk behandling i psykisk helsevern, ikke blir tilstrekkelig ivaretatt av punktene i § 6-2 i helse- og omsorgstjenesteloven. Tilsvarende påpeker *Kriminalomsorgsdirektoratet* i sin uttalelse at samarbeidsavtalen mellom kommuner og helseforetak må dekke samarbeid om helsetjenester til innsatte i fengsel.

Enkelte av høringsinstansene, herunder *Den norske legeforening* og *Alver kommune*, er positive til at allmennlegetjenesten skal trekkes tettere inn i arbeidet med å utvikle og planlegge tjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialist- og primærhelsetjenesten men påpeker at det er utfordringer knyttet til dette, i tillegg til at det er behov for å presisere kommunelegenes rolle. *Den norske legeforening* uttaler følgende:

«En hovedutfordring er likevel mangel på en avtalestruktur og finansiering som hadde gjort det mulig å realisere en mer aktiv involvering og forpliktelse av fastlegene enn dagens avtalestruktur gir mulighet for. En slik videreutvikling av avtalesamarbeidet mener Legeforeningen er en viktig premisse for at denne satsingen skal lykkes. Det må utvikles en behovsanalyse og drøfting av løsninger gjennom treparts-samarbeidet. En slik prosess har så langt vært fraværende.»

Flere høringsinstanser, herunder *Apotekforeningen*, *Norsk Fysioterapeutforening*, *Den norske tannlegeforening*, *Mental Helse* og *Norsk Kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser*, påpeker at for å oppnå helhetlige og sammenhengende tjenester, som er formålet med det foreslåtte kravet, er det avgjørende å sikre tilstrekkelig involvering av berørte aktører både ved inngåelse av samarbeidsavtaler og i planleggingen. *Apotekforeningen* uttaler for eksempel følgende:

«Vårt hovedpoeng er at Helseforetakene og kommunene alltid må involvere de aktører som på en eller annen måte blir berørt av tjenestene som planlegges/utvikles. Ikke alle tjenesteytere er en del av spesialist- eller kommunehelsetjenesten. Dette må helseforetak og kommuner være bevisste på, slik at perspektivene til eksterne ressurser som apotek, tannlege,

fysioterapeut mv. ivaretas i planlegging og tjenesteutvikling der det er relevant. Bare slik kan det sikres at tjenestene blir av god kvalitet for pasientene som skal motta tjenestene.»

*Nasjonalt Senter for Distriktsmedisin* påpeker i sitt hørings svar betydningen av lokal forankring av helsefelleskapene, og at det tilrettelegges for nedenfra-og-opp prosesser:

«Dersom Helsefelleskapene skal få legitimitet og tillit må de forankre alle prosesser hos fagfolk og brukere. Det er som regel i det konkrete faglige og lokalt forankrede samarbeidet at man utvikler hensiktsmessige og fungerende systemer og modeller. Samarbeidsstrukturene må ta vare på den kreative dynamikken som finnes blant fagfolk på ulike nivåer for å finne gode, lokaltilpassede løsninger for pasientene. Denne dynamikken må ikke bindes opp av en ensidig ovenfra-og-ned styring. Da mister man gode lokale, fleksible løsninger.»

*Overordna Samarbeidsutval i Møre og Romsdal* støtter forslaget til lovendring og mener at etablering av helsefelleskap er en videreføring og utvikling av samarbeidet. Samtidig påpeker utvalget følgende:

«Det er ein føresetnad at ei slik lovendring vil medføre at myndigheit og ansvar for å utarbeide og følge opp dei konkrete beskrivingane og planverket for felles tenesteyting, i all hovudsak skal leggest til det enkelte Helsefelleskap. Ulikskap i regionale forhold i landet bygg opp under at dette må bli tilpassa og til dels gjerast forskjellig, og ei statlig overstyring vil i svært liten grad vere hensiktsmessig dersom dei enkelte Helsefelleskap skal finne gode løysingar på dette.»

*UiO* støtter intensjonene i høringsnotatet, men uttaler samtidig følgende:

«Vi frykter at en topptung og byråkratisk struktur vil medføre at helseforetakene vil få en sterkere kontroll over primærhelsetjenesten. Vi frykter at dette forslaget sannsynligvis vil sørge for at HF-ene kommer i en enda sterkere styringsposisjon i forhold til kommunene enn før. En åpenbar ulempe eller fare, vil være at overføring av nåværende HF-oppgaver til kommunene ikke vil bli kompensert for i forhold til nødvendige ressurser og kompetanse på kommunal side.»



*Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)* skriver følgende i sitt høringssvar:

«NAPHA erfarer at mange ansatte i kommunene og ansatte i spesialisthelsetjenesten ikke har et nært forhold til disse avtalene i arbeidshverdagen. Det vil være av betydning at helsefelleskapene også retter oppmerksomhet mot implementeringsprosesser og implementeringsstøtte for de beslutninger som fattes i helsefelleskapene, slik at beslutningene får en betydning for brukere og pasienter i praksis.»

Enkelte av høringsinstansene, herunder *Fagforbundet* og *Fellesorganisasjonen*, påpeker behovet for involvering av tillitsvalgte. Eksempelvis uttaler *Fagforbundet*:

«De ansatte representerer en svært viktig ressurs både faglig og organisatorisk, men også i den daglige gjennomføringen av avtalte samarbeidstiltak. Medbestemmelse er nedfelt i lovverk og avtalt mellom partene i arbeidslivet. Likevel er representasjon fra de ansatte og deres organisasjoner ikke omtalt i etableringen av Helsefelleskapene.»

Flere av høringsinstansene er opptatt av å sikre tilstrekkelig bruker- og pasientmedvirkning i helsefelleskapene. For eksempel påpeker *HivNorge* at pasient- og brukerorganisasjoner må være med i utarbeidelsen av avtaler, og foreslår et nytt punkt i lovbestemmelsen:

«14. konkret beskrivelse av hvordan pasient- og brukermedvirkning skal ivaretas på hvert nivå i samarbeidet.»

*Sámi Klinihkka* og *Samisk nasjonal kompetanse-tjeneste-psykisk helsevern og rus (SANKS)* understreker i sin høringsuttalelse at det må tas hensyn til det samiske samfunnets interesser og behov i utarbeidelsen av tjenesteavtaler mellom helseforetak og kommuner.

*Ideelt nettverk og Stiftelsen Kirkens Bymisjon* foreslår at det legges til nye punkt til § 6-2 som reflekterer de fire gruppene som helsefelleskapene skal prioritere å utvikle og planlegge tjenester for.

*Blå Kors* uttaler i sitt høringssvar at ideelle aktører bør tas inn som en likeverdig part innen tverrfaglig spesialisert behandling (TSB):

«Det vil være helseforetak som i mindre grad har egne tilbud innen TSB, men der ideelle

leverandører utgjør den største delen av tjenestetilbudet. I en slik situasjon vil det være av stor betydning at ideelle tas med i planleggings- og beslutningsprosessen fra start som en likeverdig part.»

Samfunnsmedisiner *Dag-Helge Rønnevik* påpeker i sitt innspill at forebyggingsperspektivet har forsvunnet og han uttaler følgende:

«De nye helsefelleskapene bør ha som mandat å se på forhold som er viktige for å *hindre* at folk blir pasienter. Dette arbeidet bør bygge på oversikten over befolkningens helse som kommunene utarbeider ihht krav i folkehelse-loven.»

## 6.3 Departementets vurderinger og forslag

### 6.3.1 Innledning

Som redegjort ovenfor viser høringen at nær sagt alle høringsinstansene støtter intensjonen med lovforslaget og at det er bred støtte til den foreslåtte lovbestemmelsen. I det følgende drøfter departementet begrunnelsen for lovforslaget i lys av høringsinstansenes innspill, eksempler på hva en slik avtale kan inneholde og sentrale temaer som er tatt opp av høringsinstansene.

### 6.3.2 Behov for bedre felles planlegging

Kommuner og helseforetak planlegger og utvikler tjenestene innenfor sine ansvarsområder. Det er samtidig departementets inntrykk at kommuner og helseforetak i varierende grad involverer hverandre i planer og beslutninger innenfor sine respektive ansvarsområder og at det i liten grad foregår planlegging i *felleskap*. Tilsvarende er departementets inntrykk at prosessene knyttet til inngåelse av samarbeidsavtalene har vært mer preget av et ønske om å dele opp ansvaret enn av behovet for å ta et felles ansvar for pasientforløp som i sin natur går på tvers av helseforetak og kommuner. Uttalelsene fra høringsinstansene støtter etter departementets syn dette inntrykket.

Oppfyllelse av det lovpålagte kravet om å inngå samarbeidsavtaler innebærer ikke nødvendigvis at helseforetak og kommuner er enige om hvilke pasientgrupper som har samhandlingsbehov, hvilket forløp de trenger eller hvilken kapasitet og kompetanse det må planlegges for på kort og lang sikt. Etter departementets vurdering er dette problemstillinger som kommuner og helse-

foretak bør ha en omforent forståelse av for å kunne sikre sammenhengende helse- og omsorgstjenester innenfor de økonomiske rammene de har til rådighet. For å kunne adressere disse problemstillingene er kommuner og helseforetak, etter departementets vurdering, avhengige av å involvere hverandre i sine respektive planprosesser, og til dels planlegge og utvikle tjenester sammen. Denne vurderingen har bred støtte hos høringsinstansene.

Manglende samarbeid om planlegging og utvikling av helse- og omsorgstjenestene kan resultere i at det samlede tilbudet ikke dekker befolkningens behov. Eksempelvis kan fravær av koordinerte og sammenhengende planprosesser knyttet til rehabiliteringstilbud føre til at helseforetaket reduserer sin kapasitet uten at tilsvarende opprusting skjer i kommunene – eller omvendt. Resultatet kan da bli et gap mellom behovet for rehabiliteringsplasser og det tilgjengelige tilbudet. Departementet mener derfor at det er behov for å pålegge at samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak skal inneholde en konkret beskrivelse av hvordan partene sammen skal planlegge og utvikle tjenester. Nær sagt alle høringsinstansene støtter denne vurderingen.

Forslaget innebærer ikke et krav om én felles plan, men et krav om å beskrive *hvordan* et samarbeid om å utvikle og planlegge tjenestene skal være. Det stilles ikke lovfestede krav til innholdet i planleggingsprosessen utover at den skal gjelde utvikling og planlegging av tjenestene.

Målet er med andre ord ikke at kommuner og helseforetak skal ha én felles plan for all tjenesteutvikling. Samtidig står kommuner og helseforetak fritt til å lage felles planer på områder eller for prosjekter der de i fellesskap finner det formålstjenlig.

Målet med lovforslaget er at helseforetak og kommuner skal avtale helt konkret hvordan de skal gjennomføre felles planlegging av tjenester til pasienter med behov fra begge tjenestenivåer og hvordan de konkret skal involvere hverandre i eget planarbeid som har betydning for den andre. Eksempler på slike planer kan være helseforetakenes utviklingsplaner eller kommunale planer for utvikling av helse- og omsorgstjenestene. En konkret beskrivelse vil etter departementets syn bidra til bedre felles planleggingsprosesser som er nødvendig for å sikre sammenhengende helse- og omsorgstjenester og en bedre utnyttelse av de samlede ressursene.

Innspill til arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 indikerer at både kommu-

ner og helseforetak tidvis kan oppleve det som en utfordring at ev. budsjettmessige *kostnader* knyttet til et utviklingstiltak kan oppstå hos dem selv, mens ev. budsjettmessige *gevinster* opptrer hos den andre. Samtidig er det departementets inntrykk at slike opplevelser ikke nødvendigvis er basert på en fullstendig vurdering av hvordan et utviklingstiltak vil påvirke kostnader og gevinster gjennom hele pasientforløpet og hvordan slike tiltak kan forebygge og redusere pasientenes fremtidige behov for ressurskrevende helse- og omsorgstjenester gjennom livsløpet. Selv om den umiddelbare effekten av noen utviklingstiltak kan være at enten kommune eller helseforetak opplever en økt kostnad på kort sikt, kan en bedre felles planleggingsprosess synliggjøre gevinstene som oppstår andre steder i pasientforløpet og/eller gjennom redusert behov for ressurskrevende tjenester for pasientene senere i livsløpet.

### 6.3.3 Eksempler på tema som kan inngå i en konkret beskrivelse av hvordan kommuner og helseforetak sammen skal planlegge og utvikle tjenester

Hvordan kommuner og helseforetak konkret oppfyller kravet om å beskrive hvordan de sammen skal planlegge og utvikle tjenester, vil kunne variere, bl.a. i lys av lokale behov. Departementet vil imidlertid peke på noen sentrale tema som kan inngå i en slik beskrivelse:

- *Organisering av plan- og beslutningsprosesser:* Felles planlegging innebærer mer enn å sende hverandres planer på høring. Det innebærer å identifisere behovene som skal dekkes, sammen konkretisere hvordan kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester må utvikles for å dekke disse behovene og deretter gjennomføre konkrete tiltak for å oppnå en slik utvikling. For å gjennomføre slike planleggingsprosesser vil kommuner og helseforetak kunne ha behov for å avtale hvordan planleggingsarbeidet konkret skal organiseres, hvilke rutiner som skal etableres for å oppnå forpliktende beslutninger og hvordan planene skal gjennomføres.
- *Etablering av felles virkelighetsforståelse:* Når kommuner og helseforetak skal planlegge og utvikle tjenester til en pasientgruppe, f.eks. personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, vil det være sentralt å etablere en felles forståelse av hvem pasientene i denne gruppen er, hvor mange de er/vil bli og hvilke behov de har eller kan få. Det kan derfor være nyttig for

kommuner og helseforetak å avtale hvilke kilder til informasjon som skal brukes slik at man sikrer en felles virkelighetsforståelse.

- *Vurdere nytte og kostnader på tvers og over tid:* En gevinst ved felles planlegging vil være bedre muligheter for å vurdere hvordan et utviklingstiltak vil påvirke kostnader og gevinster gjennom hele pasientforløpet og hvordan slike tiltak kan forebygge og redusere pasientenes fremtidige behov for ressurskrevende helse- og omsorgstjenester gjennom livsløpet. Departementet antar at kommuner og helseforetak kan være tjent med å avtale rutiner for hvordan slik kunnskap og slike beregninger skal fremskaffes.
- *Etablering av felles prosjekt:* Departementet legger til grunn at det kan være hensiktsmessig å opprette felles prosjekt for å revidere eksisterende forløp og tilbud for en bestemt pasientgruppe eller for å utrede eller innføre nye tjenesteformer. Departementet antar at beslutninger om å starte slike felles prosjekt, f.eks. ved å sette ned et tidsbegrenset faglig samarbeidsutvalg, typisk vil fattes i strategisk samarbeidsutvalg mellom ledere i helseforetaket og kommunene. For at en slik beslutning skal kunne fattes og forplikte kommunene og helseforetaket, bør beslutningsprosessen være veldefinert og forutsigbar. Det kan derfor være nyttig for kommuner og helseforetak å avtale konkret hvordan beslutningsprosessen knyttet til igangsetting og gjennomføring av felles planlegging skal organiseres.
- *Avtale hvordan gjennomføring skal skje:* Departementet har inntrykk av at kommuner og helseforetak ofte har utfordringer med å gå fra felles plan til konkret gjennomføring. Departementet antar at det derfor vil kunne være hensiktsmessig, som del av en felles planleggingsprosess, å avtale konkret hvordan planene som utvikles skal gjennomføres. Dette kan bl.a. involvere rutiner for hvordan planer skal følges opp gjennom årlige budsjettprosesser og rutiner for hvordan strategisk samarbeidsutvalg, ev. særskilte styringsgrupper, skal følge opp fastsatte mål og risiko knyttet til besluttede planer.

#### 6.3.4 Behovet for lovkrav

Enkelte høringsinstanser stiller spørsmål ved nødvendigheten av å innføre et slikt lovkrav begrunnet i at føringene allerede ligger i Nasjonal helse- og sykehusplan og i avtalen mellom KS og regjeringen. Departementet viser til at det er frivillig

for kommunene å delta i etablering av helsefelleskap og følge anbefalingene knyttet til dem. Departementet mener derfor at det er nødvendig å pålegge en plikt i loven, for både kommuner og helseforetak, til å avtale hvordan man skal planlegge og utvikle tjenester. Departementet mener at gjennomføring av slik felles planlegging er nødvendig for å realisere målene for helsefelleskapene som regjeringen og KS er enige om, og som Stortinget har gitt sin tilslutning til. I likhet med flere av høringsinstansene mener departementet at innføring av et lovkrav vil bidra til sterkere forankring og forpliktelse hos både kommuner og helseforetak.

Departementet fastholder etter dette forslaget om å innføre et lovkrav om at samarbeidsavtalen mellom kommuner og helseforetak skal inneholde en konkret beskrivelse av hvordan partene sammen skal planlegge og utvikle tjenester.

#### 6.3.5 Sammenhengen med andre virkemidler for å realisere målet

Flere av høringsinstansene påpeker at det vil være behov for ytterligere virkemidler for å lykkes med formålet med lovendringen. Departementet er enig i dette. I Nasjonal helse- og sykehusplan presenterte regjeringen en helhetlig strategi for å oppnå en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste. Den foreslåtte lovendringen er kun ett av flere virkemidler for å realisere dette målet. Departementet har gitt Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene en rekke oppdrag for å følge opp Nasjonal helse- og sykehusplan, jf. kapittel 2. Departementet vil, sammen med KS, følge opp avtalen om helsefelleskap. Departementet vil i tråd med avtalen invitere helsefelleskapene til å komme med innspill til neste nasjonale helse- og sykehusplan.

Flere høringsinstanser har trukket frem behovet for bedre økonomiske insentiver for å lykkes med intensjonene bak lovendringen. Departementet viser til at det i Nasjonal helse- og sykehusplan ble understreket at finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten skal videreutvikles for å understøtte målet om mer helhetlige tjenestetilbud og bedre samhandling. De senere årene er det gjennomført flere endringer for å legge til rette for dette. Flere typer aktivitet som innebærer samarbeid mellom kommuner og sykehus er inkludert i innsatsstyrt finansiering (ISF). Det er innført egne refusjonskategorier for tverrfaglig teambasert oppfølging, slik som ACT/FACT-team. Samarbeidsaktiviteter med samarbeidsparter utenfor spesialisthelsetjenesten kan også

utløse ISF-refusjon. Videre kan det gis ISF-refusjon til spesialisthelsetjenesten når kommuner yter spesialisthelsetjenester på vegne av et helseforetak og dette er regulert i en avtale mellom dem. I Nasjonal helse- og sykehusplan ble det varslet at ordningen med kvalitetsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten vil målrettes bedre, med sikte på å redusere antall indikatorer i ordningen og knytte dem tettere til de mest sentrale målene for utvikling av spesialisthelsetjenesten, særlig samhandling og digitalisering. Det er også innført takster for fastleger for deltagelse i samhandlingsmøter.

Enkelte høringsinstanser har uttrykt bekymring for begrensede ressurser på kommunal side. Departementet viser til at det er Stortinget som bevilger midler til kommunene og de regionale helseforetakene gjennom behandlingen av Statsbudsjettet. Helseforetakene og kommunene må gjøre sine prioriteringer innenfor de til enhver tid gjeldende rammer. Regjeringen har opprettet en søkbar tilskuddsordning der de samarbeidende kommunene i helsefelleskapene kan søke tilskudd til sekretariatsfunksjon. Formålet med tilskuddsordningen er å gjøre det lettere for kommunene å samordne seg, bidra til transparente beslutningsprosesser og at kommunenes saker i større grad kommer på dagsorden i de ulike samarbeidsorganene. Dette er et viktig tiltak for å sikre likeverdighet og for å øke gjennomføringsevnen til helsefelleskapene.

LO Norge uttrykker at departementet må følge opp de regionale helseforetakene gjennom eierstyring slik at samarbeidet mellom kommuner og helseforetak blir likeverdig. Selv om helsefelleskapene etableres mellom helseforetak og kommuner, vil departementet peke på at de regionale helseforetakene, som eiere, har ansvar for å følge opp og støtte helseforetakene i deres samhandling med kommunene. Departementet viser til at departementet ba de regionale helseforetakene i foretaksmøtet i januar 2020 om å gi helseforetakene i oppdrag å innrette sitt samarbeid med kommunene i tråd med mål og rammer fastsatt i Nasjonal helse- og sykehusplan og i tråd med avtalen mellom regjeringen og KS om innføring av helsefelleskap. Departementet ba videre om at de regionale helseforetakene bl.a. stiller krav til helseforetakene om i sin neste utviklingsplan å

- prioritere utvikling av tjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette planarbeidet skal være tuftet på felles planlegging og utvikling i

helsefelleskapene. Barn og unge, voksne med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser skal prioriteres i dette arbeidet.

- gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i samarbeid med kommunene.

Videre har de regionale helseforetakene fått flere oppdrag, bl.a. knyttet til framskrivinger og analyse av behov for tjenester innen psykisk helse, som vil være nyttig for helsefelleskapenes arbeid.

### 6.3.6 Lovtekniske innspill

Departementet anerkjenner intensjonen som ligger til grunn for forslaget fra Den norske legeforening og Alver kommune om å utvide kravet til å inkludere evaluering og korrigering i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Siden både kommuner og helseforetak er omfattet av kravene i den nevnte forskriften, mener imidlertid departementet at en slik utvidelse av den foreslåtte lovbestemmelsen i realiteten blir en unødvendig dobbeltregulering.

Sykehuset Innlandet HF har foreslått å inkludere «helsefelleskap» i lovkravet. Departementet viser til at helsefelleskap ikke er et eget rettssubjekt og heller ikke noe som helseforetak og kommuner er lovpålagt å etablere. Av den grunn tas ikke dette inn i lovteksten.

Administrativt Samarbeidsutvalg – Akershus universitetssykehus og tilhørende kommuner har foreslått at endringene i helse- og omsorgstjenesteloven også bør gjøres i spesialisthelsetjenesteloven for å bidra til likeverd. Departementet viser til at spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e viser til helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1. Det er av den grunn ikke nødvendig å gjøre endringer i spesialisthelsetjenesteloven.

Departementet viser til høringsuttalelsen fra Helse Nord RHF angående betydningen av innføringen av et nytt krav for de eksisterende samarbeidsavtalene. Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 stiller krav til samarbeidsavtalens innhold og definerer områder som avtalen minimum skal omfatte. Det foreslåtte kravet vil inngå som det 12. minimumskravet til avtalene. Det er ikke lagt føringer knyttet til hvordan de ulike kravene skal ivaretas i samarbeidsavtalen mellom kommuner og helseforetak. Helseforetakene og kommunene står derfor fritt til å avgjøre om de vil inngå en ny tjenesteavtale, innarbeide kravet i overordnet samarbeidsavtale eller i hver enkelt avtale. Det påpekes i den anledning at det allerede er et krav om årlig revisjon av avtalene. Helsedirektoratet

skal som nevnt revidere veilederen til samarbeidsavtalen, blant annet i lys av forslaget om innføring av et nytt krav. Det vil her kunne tydeliggjøres hvordan kravet kan operasjonaliseres i avtaleverket.

### 6.3.7 Helsefellesskap

Som nevnt vil forslaget om plikt til å avtale en konkret beskrivelse av samarbeid om planlegging og utvikling av tjenestene være et sentralt tema for samarbeidet i helsefellesskapene. Departementet velger derfor å kommentere enkelte innspill som ikke er direkte knyttet til lovforslaget.

Departementet merker seg at høringsinstansene i all hovedsak er positive til intensjonen med helsefellesskapene og prinsippene som ligger i avtalen mellom KS og regjeringen. Departementet ser det som positivt at fem av helsefellesskapene har valgt å avgi felles høringsuttalelse.

Enkelte av høringsinstansene er bekymret for at helsefellesskapene skal bli for byråkratiske og bære preg av en ovenfra-og-ned-tilnærming med for lite forankring hos fagfolk som jobber med pasienter og brukere i praksis.

Departementet viser til at helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester krever godt samarbeid mellom helsepersonell rundt den enkelte pasient, men også mellom ledelsen i kommuner og sykehus. Departementet viser videre til at prinsippene i avtalen mellom regjeringen og KS og anbefalingene i Nasjonal helse- og sykehusplan bygger på evalueringer og innspill fra representanter fra kommuner og helseforetak. Departementet erkjenner at etablering av de anbefalte samarbeidsorganene i helsefellesskapene alene ikke vil løse alle samhandlingsutfordringer. Det er opp til kommunene og helseforetakene å fylle helsefellesskapene med innhold.

Flere av høringsinstansene viser til behovet for involvering av fagfolk, relevante aktører utenfor kommuner og sykehus, brukere og pasienter og ideelle tjenesteytere i planlegging og utvikling av tjenestene. Departementet legger til grunn at helsefellesskapene finner gode og lokalt tilpassede løsninger for hvordan relevante aktører kan invol-

veres i ulike planleggingsprosesser. Departementet vil samtidig peke på at det er et skille mellom representasjon i de formelle samarbeidsstrukturene, og medvirkning og involvering mer generelt.

De 19 helsefellesskapene er basert på de 19 geografiske helseforetaksområdene. I hvert helsefellesskap skal det etableres strukturer for samhandling mellom kommuner og helseforetak. Regjeringen og KS har anbefalt en tredelt modell som beskrevet i kapittel 2. I strategisk samarbeidsutvalg vil representanter fra helseforetaket og de samarbeidende kommunene og representanter for brukere og fastleger delta. Selv om det er mange berørte aktører betyr ikke det at alle skal delta i samarbeidsorganene. Departementet legger imidlertid til grunn at berørte aktører blir involvert på egnet måte i planleggingsarbeidet når det er relevant.

Strategisk samarbeidsutvalg kan beslutte at det skal nedsettes arbeidsgrupper med fagfolk for å utvikle tjenestemodeller for de fire prioriterte pasientgruppene eller for å se nærmere på konkrete problemstillinger. Det vil da kunne være aktuelt å involvere særlig berørte brukerorganisasjoner, profesjonsgrupper, tjenesteytere og/eller virksomheter utenfor helse- og omsorgstjenesten.

Departementet viser videre til at private ideelle sykehus med lokalsykehusfunksjon i Oslo og Bergen, hhv. Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Haraldsplass Diakonale sykehus, deltar i samarbeidsorganene i helsefellesskapene de er en del av.

### 6.3.8 Departementets forslag

Under henvisning til drøftelsen inntatt i punktene 6.3.2–6.3.7, opprettholder departementet forslaget fra høringen og foreslår å endre helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 første ledd ved at det inntas en nytt nummer 12. Det stilles her krav om at samarbeidsavtalen skal inneholde en konkret beskrivelse av hvordan avtalepartene sammen skal planlegge og utvikle tjenestene. Forslaget fremmes som nytt nummer 12 i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 første ledd.

## 7 Økonomiske og administrative konsekvenser

Formålet med bedre felles planlegging mellom kommuner og helseforetak er bedre pasientforløp og bedre bruk av de samlede ressursene i helse- og omsorgstjenesten. Bedre prosesser for felles planlegging og utvikling vil også bidra til bedre bruk av administrative ressurser i kommuner og helseforetak. Regjeringen har opprettet en søkbar tilskuddsordning der de samarbeidende kommu-

nene i helsefellesskapene kan søke tilskudd til sekretariatsfunksjon.

Forslaget vil i utgangspunktet medføre behov for revisjon av samarbeidsavtalene. Det vil ha noen mindre administrative kostnader. Det skal påpekes at det allerede ligger et krav om årlig revisjon av avtalene.

## 8 Merknader til bestemmelsen

*Til § 6-2 første ledd nytt nummer 12*

Endringen innebærer et krav om at det i samarbeidsavtalene må inntas en konkret beskrivelse av hvordan kommuner og regionale helseforetak, eller det helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer, sammen skal utvikle og planlegge tjenester. Å planlegge og utvikle tjenester sammen kan innebære å identifisere behovene som skal dekkes, sammen konkretisere hvordan kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester bør utvikles for å dekke disse behovene og utarbeide en plan for gjennomføring av konkrete tiltak for å oppnå en slik utvikling. For å gjennomføre slike planleggingsprosesser vil kommuner og helseforetak for eksempel kunne ha behov for å avtale konkret hvordan beslutningsprosesser skal

foregå, hvordan det skal legges til rette for at felles virkelighetsforståelse ligger til grunn for planlegging, hvordan planene skal gjennomføres og når og på hvilken måte kommuner og helseforetak skal involvere hverandre i sine respektive planer og beslutninger.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om endringer i helse- og omsorgstjenesteloven (nytt krav til samarbeidsavtalen mellom kommuner og helseforetak).

---

Vi **HARALD**, Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om endringer i helse- og omsorgstjenesteloven (nytt krav til samarbeidsavtalen mellom kommuner og helseforetak) i samsvar med et vedlagt forslag.

---

## Forslag

### til lov om endringer i helse- og omsorgstjenesteloven (nytt krav til samarbeidsavtalen mellom kommuner og helseforetak)

I

I lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. skal § 6-2 første ledd nr. 10, 11 og nytt nr. 12 lyde:

10. samarbeid om *forebygging*,

11. omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske *kjeden*,

12. *konkret beskrivelse av hvordan partene sammen skal utvikle og planlegge tjenestene*

II

Loven gjelder fra den tiden Kongen bestemmer.

---

---